



Formulieren/Formulaires

Schadebeheer/Gestion de sinistre

Versiedatum september 2019

GEGEVENS/DONNÉES

- ons kenmerk/ notre référence:
- datum ongeval/ date d'accident:
- slachtoffer/ victime:

DOCUMENTEN/DOCUMENTS

Ga naar het gewenste formulier hieronder in de tabel en klik op de gewenste taal.
Het gekozen formulier wordt uitgeprint.

Sélectionnez le formulaire souhaité dans le tableau ci-dessous et cliquez sur la langue de votre choix.
Le formulaire choisi sera imprimé.

Volledig pakket medische attesten / La gamme complète des certificats médicaux	NL/NE	FR	DU/ALL
---	-----------------------	--------------------	------------------------

Afzonderlijke attesten / certificats individuels

- | | | | |
|--|-----------------------|--------------------|------------------------|
| • Attest algemene inlichtingen /Renseignements généraux | NL/NE | FR | DU/ALL |
| • Medisch attest / Certificat médical | NL/NE | FR | DU/ALL |
| • Attest verplaatsings- en parkeerkosten /
Frais de déplacement et de stationnement : attestation | NL/NE | FR | DU/ALL |



Attest Algemene Inlichtingen

ons kenmerk: _____
datum ongeval: _____
slachtoffer: _____

GEGEVENS SLACHTOFFER

naam en voornaam _____

straat _____

nummer en bus _____

postcode en plaats _____

geboortedatum _____

telefoonnummer _____

burgerlijke staat _____

rekeningnummer financiële instelling _____

IBAN _____

BIC _____

Wie woont er nog op dit adres?

naam en voornaam _____

relatie _____

geboortedatum _____

beroep _____

naam en voornaam	relatie	geboortedatum	beroep
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Is het ongeval overkomen op of op weg naar het werk of op weg naar school? ja neen

naam verzekeraar: _____ polisnummer: _____

BEROEP EN INKOMEN SLACHTOFFER

arbeider bruto uurloon: _____ aantal uren/week: _____

premies/maaltijdcheques: _____

bediende bruto maandloon: _____

premies/maaltijdcheques: _____

zelfstandige activiteit: _____

inkomsten volgens belastingaanslag: _____

werkzoekend werkloosheidsuitkering: _____

gepensioneerde pensioen: _____

huisvrouw/- man student

andere _____

MATERIËLE SCHADE

Voeg de aankoopbewijzen bij of vermeld de aankoopdatum- en prijs van de beschadigde kledij of voorwerpen. Voeg mogelijk ook foto's toe van de beschadigde voorwerpen

beschadigd goed	aankoopdatum	aankoopprijs	bewijsstuk toegevoegd	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

VERZEKERAARS

Is er voor de medische kosten en/of het inkomstenverlies een tegemoetkoming van een andere verzekeringsmaatschappij? (gewaarborgd inkomen, hospitalisatie, lichamelijke ongevallen, ...) ja neen

welke verzekeraar:

polis- of dossiernummer:

vrijstelling _____

ZIEKENFONDS

naam ziekenfonds:

lidaatschapnummer:

Bescherming van uw persoonsgegevens

Uw privacy is erg belangrijk voor ons. Meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens van de (kandidaat-) verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde vindt u in onze privacyverklaring. In de privacyverklaring leest u ook wat uw rechten zijn en hoe u ze kunt uitoefenen. Om de privacyverklaring actueel te kunnen houden, is geopteerd om ze aan te bieden via onze website www.kbc.be/privacy. U kunt ook een papieren versie bekomen bij uw (verzekering)tussenpersoon.

Als u ons persoonsgegevens meedeelt over andere personen (bijvoorbeeld een verzekerde), moet u die personen vooraf informeren over ons gebruik van hun gegevens en, indien nodig, daarvoor hun toestemming vragen.

Zeg neen tegen fraude

Om de solidariteit tussen de verzekerden te behouden en onnodige premieverhogingen te vermijden, treden wij actief op tegen fraude. Verzekeringsfraude is een misdrijf en kan leiden tot strafrechtelijke vervolging.

datum _____

handtekening

ons kenmerk: _____

datum ongeval: _____

slachtoffer: _____

Beschrijving van de letsels op het moment van het ongeval:

Na het ongeval onderzocht ik het slachtoffer voor de eerste keer op _____ om _____.
Werd het slachtoffer gehospitaliseerd? neen ja, van _____ tot _____.

GRADEN EN PERIODES VAN ONGESCHIKTHEID

(ook in te vullen wanneer geen beroepsactiviteit wordt uitgeoefend (studenten, huisvrouw/man, gepensioneerden, werklozen,...))

_____ % van _____ tot en met _____

_____ % van _____ tot en met _____

_____ % van _____ tot en met _____

_____ % van _____ tot en met _____

BESCHRIJVING VAN DE HUIDIGE TOESTAND

nog niet genezen omdat:

volledige genezing, te verwachten vanaf _____

volledig genezen sinds _____ **zonder** letsels

volledig genezen sinds _____ **met** letsels

Beschrijving van de letsels:

Bescherming van uw persoonsgegevens

Uw privacy is erg belangrijk voor ons. Meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens van de (kandidaat-) verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde vindt u in onze privacyverklaring. In de privacyverklaring leest u ook wat uw rechten zijn en hoe u ze kunt uitoefenen. Om de privacyverklaring actueel te kunnen houden, is geopteerd om ze aan te bieden via onze website www.kbc.be/privacy. U kunt ook een papieren versie bekomen bij uw (verzekerings)tussenpersoon.

Als u ons persoonsgegevens meedeelt over andere personen (bijvoorbeeld een verzekerde), moet u die personen vooraf informeren over ons gebruik van hun gegevens en, indien nodig, daarvoor hun toestemming vragen.

Zeg neen tegen fraude

Om de solidariteit tussen de verzekerden te behouden en onnodige premieverhogingen te vermijden, treden wij actief op tegen fraude. Verzekeringsfraude is een misdrijf en kan leiden tot strafrechtelijke vervolging.

datum _____

handtekening en stempel van de arts



Certificat Renseignements généraux

notre référence: _____
date de l'accident: _____
victime: _____

COORDONNÉES DE LA VICTIME

nom et prénom

rue

numéro et boîte

code postal et commune

date de naissance

numéro de téléphone

état civil

adresse e-mail

numéro de compte

IBAN _____

BIC _____

Qui habite également a cette adresse?

nom et prénom

relation

date de
naissance

profession

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Accident survenu au travail, sur le chemin du travail ou sur le chemin de l'école? oui non

nom de l'assureur: _____ numéro de la police: _____

PROFESSION ET REVENUS DE LA VICTIME

ouvrier

salaire horaire brut: _____

nombre d'heures par semaine: _____

primes/chèques-repas: _____

employé

salaire mensuel brut: _____

primes/chèques-repas: _____

indépendant

activité: _____

revenus (cf. avertissement-extr.rôle): _____

demandeur d'emploi

allocations de chômage: _____

retraité(e) montant de la pension: _____

homme/femme au foyer étudiant(e)

autre _____

DÉGATS MATÉRIELS

Joignez les preuves d'achat ou indiquez la date et le prix d'achat des vêtements ou objets endommagés. Joignez si possible des photos des objets endommagés.

objet endommagé	date d'achat	prix d'achat	justificatifs joints	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

ASSUREURS

Une autre compagnie d'assurances intervient-elle dans les frais médicaux et/ou la perte de revenus (revenu garanti, hospitalisation, accidents corporels, ...)? oui non

quelle assureur : _____ **numéro de police ou de dossier:** _____

franchise _____

MUTUELLE

nom de la mutuelle: _____ **numéro d'affiliation:** _____

Protection de vos données à caractère personnel

Le respect de votre vie privée nous tient à cœur. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données à caractère personnel du (candidat-)preneur d'assurance, de l'assuré, de l'affilié ou du bénéficiaire dans notre déclaration en matière de respect de la vie privée. Vous y trouverez également quels sont vos droits et comment vous pouvez les exercer. Pour pouvoir maintenir à jour la déclaration en matière de respect de la vie privée, la décision a été prise de la publier sur notre site Internet (www.kbc.be/vie-privee). Vous pouvez également en obtenir une version papier auprès de votre intermédiaire (en assurances).

Si vous nous communiquez des données à caractère personnel d'autres personnes (par exemple un assuré), vous devez informer ces personnes au préalable sur l'utilisation de leurs données à caractère personnel par nos soins et, si nécessaire, leur demander leur autorisation.

Dites non à la fraude !

Afin de conserver la solidarité entre les assurés et d'éviter les augmentations de prime inutiles, nous nous mobilisons activement contre la fraude. La fraude à l'assurance est un délit passible de poursuites pénales.

date _____

Signature



notre référence: _____

date d'accident: _____

victime: _____

Description des lésions au moment de l'accident:

Après l'accident, j'ai examiné la victime pour la première fois le _____ à _____.
La victime a-t-elle été hospitalisée? non oui, du _____ au _____ inclus.

DEGRES ET PERIODES D'INCAPACITE

(A compléter même si la victime n'exerce aucune activité professionnelle (étudiant, femme/homme au foyer, retraite, chômeur,...))

_____ % du _____ au _____ inclus

_____ % du _____ au _____ inclus

_____ % du _____ au _____ inclus

_____ % du _____ au _____ inclus

DESCRIPTION DE L'ETAT ACTUEL

pas encore guéri(e). Motif :

guérison complète prévue à partir du _____

entièrement guéri(e) depuis le _____ **sans** séquelles

entièrement guéri(e) depuis le _____ **avec** séquelles

Description des séquelles:

Protection de vos données à caractère personnel

Le respect de votre vie privée nous tient à cœur. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données à caractère personnel du (candidat-)preneur d'assurance, de l'assuré, de l'affilié ou du bénéficiaire dans notre déclaration en matière de respect de la vie privée. Vous y trouverez également quels sont vos droits et comment vous pouvez les exercer. Pour pouvoir maintenir à jour la déclaration en matière de respect de la vie privée, la décision a été prise de la publier sur notre site Internet (www.kbc.be/vie-privee). Vous pouvez également en obtenir une version papier auprès de votre intermédiaire (en assurances).

Si vous nous communiquez des données à caractère personnel d'autres personnes (par exemple un assuré), vous devez informer ces personnes au préalable sur l'utilisation de leurs données à caractère personnel par nos soins et, si nécessaire, leur demander leur autorisation.

Dites non à la fraude !

Afin de conserver la solidarité entre les assurés et d'éviter les augmentations de prime inutiles, nous nous mobilisons activement contre la fraude. La fraude à l'assurance est un délit passible de poursuites pénales.

date _____

signature et cachet du médecin



Allgemeine Auskünfte

Unser Zeichen: _____

Schadensdatum: _____

Opfer: _____

ANGABEN ZUM OPFER

Name und Vorname _____

straße _____

Nummer und Fach _____

PLZ und Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Familienstand _____

Kontonummer des Finanzinstituts _____

IBAN _____

BIC _____

Wer wohnt noch an dieser Adresse?

Name und Vorname _____

Beziehung _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Name und Vorname	Beziehung	Geburtsdatum	Beruf
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hat der Unfall sich auf der Arbeit bzw. Dem Arbeitsweg oder auf dem Schulweg ereignet? ja nein

Name des Versicherers: _____ Police-Nummer: _____

BERUF UND EINKOMMEN DES OPFERS

Arbeiter(in) Bruttostundenlohn: _____ Anzahl Stunden pro Woche: _____

Prämien/Mahlzeitschecks: _____

Angestellte(r) Bruttostundenlohn: _____

Prämien/Mahlzeitschecks: _____

Selbstständige(r) Tätigkeit: _____

Einkünfte laut Steuerbescheid: _____

Arbeitsuchende(r) Arbeitslosengeld: _____

Rentner Rente: _____

Hausfrau/-mann Student

Andere _____

SACHSCHADEN

Fügen Sie die Kaufbelege hinzu oder geben Sie das Kaufdatum und den Kaufpreis der Beschädigten Kleidung oder Sachen an. Fügen Sie wenn möglich Fotos von den beschädigten Sachen hinzu.

Beschädigten Sachen	Kaufdatum	Kaufpreis	Kaufbelege hinzu	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

VERSICHERER

Gewährt eine andere Versicherungsgesellschaft eine Ersatzleistung für die Heilkosten und/oder den Einkommensverlust? (gewaarborgd inkomen, hospitalisatie, lichamelijke ongevallen, ...) ja nein

Welche Versicherer:

Policennummer oder Aktenzeichen:

Franchise _____

KRANKENKASSE

Name der Krankenkasse:

Mitgliedsnummer:

Schutz Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre Privatsphäre ist uns sehr wichtig. Weitere Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Antragstellers, des Versicherungsnehmers, des Versicherten, des Angeschlossenen oder des Begünstigten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. In der Datenschutzerklärung lesen Sie auch, welches Ihre Rechte sind und wie Sie sie ausüben können. Um die Datenschutzerklärung aktualisieren zu können, stellen wir sie auf unserer Website (www.kbc.be/datenschutz) zur Verfügung. Bei Ihrem (Versicherungs-) Vermittler ist auch eine Fassung auf Papier erhältlich.

Wenn Sie uns personenbezogene Daten über andere Personen (z. B. einen Versicherten) mitteilen, müssen Sie diese Personen im Voraus über die Verwendung ihrer Daten durch uns informieren und, falls nötig, ihre Zustimmung einholen.

Widersetzen Sie sich Betrug

Um die Solidarität zwischen den Versicherten zu erhalten und unnötige Prämienhöhungen zu vermeiden, gehen wir aktiv gegen Versicherungsbetrug vor. Versicherungsbetrug ist eine Straftat und kann zu strafrechtlicher Verfolgung führen.

Datum _____

Unterschrift

Unser Zeichen: _____

Schadensdatum: _____

Opfer: _____

Beschreibung der Verletzungen zum Unfallzeitpunkt:

Ich habe das Opfer nach dem Unfall erstmals am _____ um _____ Uhr untersucht.
Wurde das Opfer in ein Krankenhaus aufgenommen? nein ja, von _____
bis einschließlich _____.

GRAD UND ZEITSPANNEN DER VERMINDERTEN ERWERBSFÄHIGKEIT.

(Bitte auch ausfüllen, wenn keine Berufstätigkeit ausgeübt wird (Studenten, Hausfrau/-mann, Rentner, Arbeitslose usw. ...))

_____ % Ab dem _____ bis einschließlich _____
_____ % Ab dem _____ bis einschließlich _____
_____ % Ab dem _____ bis einschließlich _____
_____ % Ab dem _____ bis einschließlich _____

BESCHREIBUNG DES HEUTIGEN ZUSTANDES

Noch nicht geheilt, denn:

Vollständige Genesung voraussichtlich ab dem _____

Vollständig genesen seit _____ **Keine** Dauerschäden

Vollständig genesen seit _____ **Mit** Dauerschäden

Beschreibung Dauerschaden:

Schutz Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre Privatsphäre ist uns sehr wichtig. Weitere Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Antragstellers, des Versicherungsnehmers, des Versicherten, des Angeschlossenen oder des Begünstigten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. In der Datenschutzerklärung lesen Sie auch, welches Ihre Rechte sind und wie Sie sie ausüben können. Um die Datenschutzerklärung aktualisieren zu können, stellen wir sie auf unserer Website www.kbc.be/datenschutz zur Verfügung. Bei Ihrem (Versicherungs-) Vermittler ist auch eine Fassung auf Papier erhältlich.

Wenn Sie uns personenbezogene Daten über andere Personen (z. B. einen Versicherten) mitteilen, müssen Sie diese Personen im Voraus über die Verwendung ihrer Daten durch uns informieren und, falls nötig, ihre Zustimmung einholen.

Widersetzen Sie sich Betrug

Um die Solidarität zwischen den Versicherten zu erhalten und unnötige Prämien erhöhungen zu vermeiden, gehen wir aktiv gegen Versicherungsbetrug vor. Versicherungsbetrug ist eine Straftat und kann zu strafrechtlicher Verfolgung führen.

datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes

